МИНИСТЕРСТВО ОБОРОНЫ СССР

ОЛИГОФРЕНИЯ

МИНИСТЕРСТВО ОБОРОНЫ СССР

ЦЕНТРАЛЬНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ

ОЛИГОФРЕНИЯ
(умственная отсталость)

Методическое пособие

Утверждено начальником Центрального военно-медицинского управления Министерства обороны СССР

МОСКВА
ВОЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
1987

УДК 355 : 616

Методическое пособие подготовлено полковником медицинской службы **В. Ф. Зверевым.**

Под редакцией полковника медицинской службы **Г. П. Колупаева.**

Предназначено для врачей войскового звена медицинской службы.

Олигофрения (малоумие) — умственная отсталость, сформировавшаяся вследствие воздействия различных по этиологии и патогенезу факторов. Нередко недоразвитие интеллекта сопровождается физическими, эндокринными и неврологическими нарушениями.

К числу основных признаков олигофрении относятся:

— наличие интеллектуальной отсталости;

— возникновение умственного недоразвития в раннем возрасте (до 3 лет);

— отсутствие прогрессирования симптоматики.

Олигофрения — распространенное заболевание, которым, по данным зарубежных исследований, страдает до 3% населения. В США примерно у $^1/_3$ всех призывников, негодных к военной службе по нервно-психическим заболеваниям, диагностируется умственная отсталость.

Этиология и патогенез олигофрении полиморфны. Среди причин, обусловливающих развитие заболевания, можно выделить основные три группы:

1. Наследственные, генетические (поражение генеративных клеток родителей, хромосомные аномалии).
2. Внутриутробные (действуют на зародыш и плод).
3. Перинатальные (родовые) и постнатальные (послеродовые).

Во многих случаях причины олигофрении остаются пока не выясненными. В этой связи принято различать недифференцированные олигофрении (этиология неизвестна) и дифференцированные (этиология установлена).

В настоящее время известно более 200 наследственных заболеваний, сопровождающихся умственной отсталостью.

В качестве примера олигофрении наследственного происхождения можно назвать фенилкетонурию (болезнь Феллинга). В ее основе лежит врожденное нарушение обмена фенилаланина.

Основными патогенными факторами, воздействующими на зародыш, плод, а также на ребенка в первые месяцы и годы жизни, являются:

— инфекционные и паразитарные заболевания (корь, грипп, краснуха, токсоплазмоз, туберкулез, листереллез и др.);

— интоксикации: а) аутоинтоксикации в результате диабета, болезни почек, печени, сердечно-сосудистых расстройств и т. д.; б) экзогенные интоксикации вследствие отравлений алкоголем, ядовитыми веществами, лекарственными препаратами и т. п.;

— черепно-мозговые травмы, телесные повреждения, особенно области живота, ожоги;

— нарушения питания (гипо- или гипервитаминозы, алиментарная дистрофия, ожирение и др.);

— эндокринопатии матери и несовместимость групп крови матери и плода;

— мозговые инфекции ребенка (менингит, энцефалит);

— осложненные роды: травма головки плода, асфиксии и пр.;

— психические травмы и психические заболевания матери в период беременности.

Необходимо отметить, что в качестве причин олигофрении могут выступать одновременно эндо- и экзогенные факторы.

Клиническая картина заболевания в зависимости от степени умственной отсталости характеризуется общим недоразвитием психической деятельности человека. При этом в различной степени выраженности нарушаются сознание, память, внимание, восприятие, осмысливание, эмоционально-волевая, двигательная сферы и др.

Как правило, у таких больных наблюдается параллельное отставание мышления и речи, страдает познавательная деятельность, слово не играет той обобщающей функции, как у нормально развитого человека. Даже при определенном запасе слов большинство из них понимается не в полной мере. Внимание неустойчиво, восприятие поверхностное, бедное, все происходящее вокруг недоосмысливается. Память слабая, особенно смысловая, интерес к окружающему снижен. Эмоции малодифференцированы, однообразные, стереотипные. В первую очередь страдают высшие чувства (долга, сострадания, жалости, стыда и т. п.). Волевые побуждения ослаблены. Для них свойственны инертность, малоинициативность, склонность к подражанию, повышенная внушаемость. Моторика отличается несоразмерностью, неловкостью, однотипностью. Поступки — маломотивированные, порой импульсивные, определяются сиюминутными влечениями и побуждениями и, как правило,

направлены на удовлетворение инстинктов влечений. Критическая оценка своего состояния и поведения снижена.

По глубине интеллектуального дефекта выделяют три степени олигофрении: дебильность, имбецильность и идиотия.

Описания идиотии и имбецильности в данном пособии не приводятся, так как они диагностируются рано и такие лица на военную службу не призываются.

Дебильность относится к легкой умственной недостаточности и составляет 75% всех случаев олигофрении.

У лиц, страдающих дебильностью, обычно грубого интеллектуального дефекта не отмечается, механическая память и речь довольно развиты, имеется способность к несложному понятийному мышлению. Поведение у больных адекватное. Они способны к освоению трудовых навыков и к приобретению несложных профессий, что принципиально отличает их от лиц, страдающих имбецильностью.

В зависимости от глубины умственной отсталости различают три степени дебильности: выраженную, среднюю (умеренную) и легкую. Такой дифференцированный подход в оценке дебильности имеет важное значение. Лица с **легкой степенью дебильности** в дошкольном периоде незначительно отличаются от своих сверстников, хотя и уступают им в сообразительности, любознательности, живости интересов, в способности к абстрагированию понятий, в целенаправленной активности. Они медленнее запоминают стихи, труднее обучаются письму и счету. Эти лица нередко учатся в обычной школе до 6—8 класса, успеваемость у них, как правило, в первые 3—4 года удовлетворительная. В дальнейшем им становится труднее усваивать предметы математического профиля.

Они не способны к творческой и рационализаторской деятельности, однако могут приобретать невысокую рабочую квалификацию, создавать семью, устанавливать правильные взаимоотношения в коллективе, адаптироваться в новых условиях, понимать основные требования законов и уставных воинских положений. Они могут обладать эмоциями высшего порядка, проявлять интерес к жизни коллектива, к литературе, хотя и несложной по содержанию. Склонность к подражанию и внушаемости сохраняется. Свою несостоятельность обычно сознают, переживают ее, пытаются маскировать. Суждения у них с элементами абстрагирования. Например, они правильно понимают простые поговорки, шутки, но сложные абстракции им недоступны. Память удовлетворительная, особенно при овладе-

нии конкретными практическими навыками. Словарный запас достаточный. Речь недоразвита, со склонностью к штампам. Расстройства инстинктивной деятельности встречаются редко.

Лица с легкой степенью дебильности, при отсутствии у них аффективной неустойчивости и при наличии трудовых навыков могут проходить службу в военно-строительных отрядах. В условиях строевой службы им трудно адаптироваться, нередко у них развиваются невротические реакции, иногда с суицидальными или агрессивными тенденциями.

При **умеренной степени дебильности** более выражено отставание в умственном развитии.

Дети, страдающие умеренной дебильностью, начинают ходить и говорить в 2—3 года, не могут на равных играть со сверстниками. От воспитателей требуются большие усилия для их обучения основным навыкам правильного поведения в детском коллективе. Больные не проявляют активного интереса к просмотру телепередач и к прослушиванию читаемых вслух книг. Память и способность к обобщению снижены. Суждения поверхностны, конкретны, наивны, не отражают существа дела. Метафорическая речь трактуется только в прямом смысле, отсутствует понимание пословиц, поговорок, иронии, шуток. Ассоциации бедны, содержат много штампов. Речь недостаточно модулированная. Поведение отличается однообразием, стереотипностью. Отсутствует дифференцированная оценка конкретной ситуации. Больные внушаемы и склонны к подражанию, легко попадают под дурное влияние, могут без обдумывания выполнять указания сверстников или старших. Внимание неустойчивое, часто наблюдается повышенная истощаемость и отвлекаемость. Эмоции высшего порядка развиты недостаточно.

Учеба начинается в обычной школе, однако после 3—4-го класса, как правило, больные переводятся во вспомогательную школу, где образование их завершается восьмилетним обучением. Фактически же их знания ограничиваются объемом программы начальной школы, особенно в области точных дисциплин. Они имеют весьма ограниченные навыки и сведения по географии, литературе и другим предметам.

Больные служат предметом насмешек со стороны сверстников. Иногда у них появляются сексуальная расторможенность, обжорство, агрессивность, суицидальные тенденции и т. п.

Свои поступки и поведение они, как правило, понимают, но дают им неглубокую, недостаточно критическую оценку. В ответ на шутки или мелкие обиды больные могут неожиданно для окружающих совершать агрессивные поступки.

Они способны приобретать несложные рабочие специальности. При этом лучше осваивается практическая часть специальности, труднее — теоретическая, где требуется абстрактность мышления.

В привычных житейских условиях они адаптируются удовлетворительно, но при внезапном изменении ситуации теряются, что нередко приводит к развитию патологических реакций с расстройством сознания, дезориентировкой и с неадекватным поведением.

Жизнью коллектива, всем новым интересуются мало, круг интересов ограничивается рамками житейских, семейных дел, удовлетворением простых потребностей.

Больные со средней степенью дебильности к условиям военной службы адаптируются с трудом, несмотря на меры воспитательного характера. Они обнаруживают себя систематической неуспеваемостью в боевой и политической подготовке, конфликтностью или склонностью к уединению, к побегам. Требуют постоянного контроля и помощи со стороны командира. Таким больным свойственна неадекватность реакций, особенно в необычной обстановке (ночная боевая тревога, аварийные ситуации и т. п.), выраженная тоска по дому, вследствие чего они могут совершать побеги, суицидальные попытки и другие асоциальные поступки.

При **дебильности в выраженной степени** больные начинают ходить и говорить только в возрасте 3—5 лет, фразовая речь у них появляется в 6—7 лет, память снижена, затруднено запоминание стихов, усвоение правил поведения в семье, в коллективе. Недостаточно выражена способность к обобщению, анализу. Восприятие нового сводится, по существу, к формальному освоению конкретных действий и ситуаций. Пословиц, шуток, поговорок не понимают. Суждения примитивные, письмо — с грубыми ошибками, чтение по слогам, счет в пределах десятков. Недоразвита общая моторика, они малоинициативны, повышенно внушаемы, в то же время могут быть упрямыми, неадекватно реагировать на опасность. Эти лица, как правило, обучаются во вспомогательной школе, реже — переводятся в нее из 1-го класса обычной школы в связи с умственной отсталостью. Круг их интересов узок, книг, газет не читают, к

осознанной целенаправленной деятельности неспособны. Могут быть расстройства влечений: повышенная сексуальность, прожорливость, агрессивность.

Для обучения новым видам деятельности необходимо многократное повторение элементарных и стереотипных действий. Они не в состоянии овладеть сколько-нибудь сложными профессиональными навыками, но простые трудовые операции осваивают. Не улавливают смысла сложных требований, но понимают простые.

В тех редких случаях, когда лица с выраженной степенью дебильности ошибочно призываются на военную службу, они с первых дней обнаруживают полную несостоятельность в осуществлении воинской деятельности.

Дебильность как болезненное состояние важно отличать от так называемой **педагогической запущенности.** При последней речь идет не о врожденной умственной отсталости, а о задержке развития, обусловленной грубыми ошибками и дефектами в воспитании и обучении.

Причинами педагогической запущенности являются воспитание в семье с низким культурным уровнем, бесконтрольность, семейные конфликты, разводы родителей, их пьянство и т. п.

Лица с педагогической запущенностью обнаруживают недостаточность общеобразовательных знаний, однобокость интересов, грубость и демонстративность в поведении, прямолинейность в суждениях, что внешне сближает их с больными олигофренией. Однако при правильно поставленной воспитательной работе и обучении у них выявляются способность к усвоению новых знаний, хорошая память, быстрое накопление социального опыта, знаний, способность к адаптации в условиях военной службы на достаточно высоком уровне, к овладению воинской специальностью.

Для лиц, страдающих олигофренией, характерны те или иные отклонения в соматическом и неврологическом состояниях. Отмечаются диспластические черты телосложения: череп неправильной формы, разные по величине ушные раковины, их деформация, дефектные прикус и носоглотка, разная высота плеч, укороченные со слабой мускулатурой конечности. Обнаруживается склонность к инфекционным заболеваниям. При неврологическом исследовании выявляются патологические рефлексы, анизорефлексия и другая рассеянная микроочаговая органическая симптоматика, вегетососудистая лабильность, нередко ночное недержание мочи до зрелого возраста.

При рентгенографии черепа у лиц с дебильностью могут определяться гидроцефалия, гиперостоз или истончение костей свода черепа, экзостозы, обызвествление шишковидной железы и твердых мозговых оболочек, усиление пальцевых вдавлений и сосудистого рисунка, неотчетливый рисунок швов, их преждевременное зарастание, изменение размеров турецкого седла.

При электроэнцефалографическом исследовании (ЭЭГ) выявляются изменения альфа-ритма, его деформация или снижение амплитуды колебаний, наличие медленных и атипичных волн, диффузные изменения биоэлектрической активности мозга, ее полушарная асимметрия, судорожная готовность, извращенная реактивность в ответ на нагрузки (вызванные потенциалы низкоамплитудны, нерегулярны, появляются с запозданием). В целом спектр частот сдвинут в сторону медленных колебаний. ЭЭГ в «покое» изменена у 75% лиц, страдающих олигофренией, еще у 20% из них выявляется пароксизмальная активность, а у 70% — изменена реакция на экстрараздражители (чрезмерно длительное затухание альфа-волн или появление патологической активности).

В ряде случаев, особенно при умеренной и легкой степени дебильности, отмеченные выше физические и неврологические симптомы могут быть выражены незначительно.

Одной из важных задач в работе войскового врача является ранняя диагностика дебильности. Своевременное выявление военнослужащих с дебильностью следует рассматривать в комплексе психогигиенической и психопрофилактической работы. В этой связи могут настораживать военнослужащие, особенно из числа молодого пополнения, постоянно не успевающие в боевой и политической подготовке, отстающие в освоении специальности и в приобретении навыков воинской службы. Среди них могут быть и лица с аттестатами об окончании средней школы (чаще вечерней), в то время как их фактические знания ограничиваются программой начальных классов, в лучшем случае— неполной средней школы.

Для раннего выявления военнослужащих с признаками дебильности необходима тесная взаимосвязь врачей, командиров и политработников. Непременным условием этого является знание командирами и политработниками основных клинических проявлений дебильности. Врачи части должны проводить с ними санитарно-просветительную ра-

боту, специальные занятия по психогигиене и психопрофилактике.

Военнослужащие, страдающие дебильностью, должны быть выявлены в начале службы (в ее первые дни, недели, в крайнем случае — в течение 2—3 месяцев).

При подозрении на олигофрению врач части должен:

1. Собрать подробные анамнестические сведения со слов обследуемого, сослуживцев и командиров, а также изучить вкладной лист в индивидуальную карту амбулаторного больного (форма 025/у МЗ СССР). Тщательно проанализировать анамнестические данные с акцентом на особенности умственного развития обследуемого, признаки отставания от развития сверстников. В необходимых случаях следует запросить райвоенкомат по месту жительства военнослужащего с просьбой поручить врачу — члену призывной комиссии — получить объективную информацию от родителей (родственников) и от учителей школы по прилагаемой анкете (приложение 1).

2. Провести целенаправленную беседу с больным для выяснения его способности к пониманию сложных вопросов, речевых конструкций, его словарного запаса, особенностей речи и произношения слов, жестикуляции и мимики, характера эмоционального реагирования, его живости и адекватности. В процессе беседы выяснить способность к понятийному мышлению, абстрагированию, пониманию метафор, переносного смысла пословиц и поговорок, выявить запас общеобразовательных знаний, умение оперировать ими. Уточнить причины, затрудняющие адаптацию обследуемого к службе. Обратить внимание на выправку, моторику, ношение формы одежды, опрятность, на асимметрию телосложения и т. п.

В условиях войскового звена наиболее доступными являются несложные, но достаточно информативные психологические тесты, широко применяемые в клинической практике (приложения 2—7).

Эти тесты позволяют получить дополнительные представления о запасе знаний, образованности, о состоянии памяти, внимания и суждениях обследуемого, его сообразительности, способности к абстрагированию и т. п. Обследование целесообразно начинать с применения более легких заданий, постепенно усложняя их. Так, рекомендуется следующая очередность использования тестов: от № 2 к № 7. В рамках каждого теста, в свою очередь, от простых вопросов следует идти к более сложным.

При выявлении признаков дебильности или подозрении на их наличие военнослужащие направляются на консультацию к психиатру (психоневрологу) со служебной и медицинской характеристиками, в которых подробно излагаются сведения, полученные врачом части на этапе обследования. Врач-психиатр в зависимости от показаний принимает решение о госпитализации военнослужащего в психиатрический стационар или дает рекомендации врачу части (командованию) по динамическому наблюдению за ним. Эти рекомендации врач части должен квалифицированно разъяснить командованию, сообщить о личностных особенностях и условиях формирования характера военнослужащего, о необходимости постепенного его втягивания в армейскую жизнь, о целесообразности приобретения адекватной воинской специальности и т. д.

В случаях когда результаты динамического наблюдения военнослужащего и полученные о нем дополнительные сведения свидетельствуют об умственной отсталости, больного необходимо повторно направить на консультацию к психиатру. При обследовании в условиях стационара обычно используются наиболее сложные психометрические тесты, требующие специальной подготовки врача и навыков в их проведении и трактовке. К ним относится шкала Векслера, позволяющая определить уровень интеллектуального развития в количественном выражении.

С помощью тестирования по шкале Векслера можно выявить ценные дополнительные сведения о состоянии интеллектуальной деятельности обследуемого, свидетельствующие о наличии признаков дебильности или отвергающие их.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

АНКЕТА

1. Не перенесла ли мать в период беременности тяжелые заболевания, травмы?

2. Были ли осложнения во время родов? Какие осложнения?

3. Часто ли болел ребенок в первые недели, месяцы и годы жизни? Какими болезнями? Какие были осложнения? Переносил ли тяжелые заболевания в последующем?

4. До какого возраста ребенок мочился в постель?

5. В каком возрасте ребенок начал ходить? Говорить?

6. В каком возрасте ребенок стал тяготиться опекой взрослых?

7. Не было ли травм головы, припадков, сноговорений, снохождений? В чем они проявлялись?

8. Каким по характеру ребенок был в детстве: спокойным или капризным, быстрым или медлительным? Чем отличался в последующие годы?

9. Какие характерные черты в поведении: замкнутость, общительность, другие особенности?

10. Дружил с детьми своего или другого возраста?

11. Во сколько лет пошел в школу?

12. Как учился? Не был ли второгодником?

13. Каковы были взаимоотношения с товарищами и учителями: нормальными, конфликтными? Причина?

14. Не был ли предметом насмешек со стороны сверстников? Если да, то как на них реагировал?

15. Увлекался ли чем-либо (чтение, рукоделие, спорт и т. д.)?

16. Какие трудовые навыки приобрел? Легко? С трудом? Почему?

17. Сколько классов окончил? С какими оценками? Получил ли специальность? Какую? Работал ли по этой специальности? Как справлялся с работой: хорошо, плохо? Почему?

18. Как вел себя в общественных местах? Не имел ли приводов в милицию? Их причина?

19. Принимал ли участие в общественной работе?

20. С желанием или без желания (со страхом) пошел на военную службу?

21. Какие основные достоинства и недостатки вы видите в своем сыне, ученике?

22. Каковы взаимоотношения в семье в прошлом и в настоящее время?

Дополнительные вопросы по усмотрению врача призывной комиссии.

Примечание: анкета прилагается к письму командира на имя военного комиссара, в котором он просит ответить на содержащиеся в ней вопросы с целью дальнейшего изучения состояния здоровья военнослужащего. Анкету заполняет врач — член призывной комиссии — при опросе родителей.

Приложение 2

ОБЩАЯ ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ

(запас общих знаний)

Примеры вопросов

1. Куда впадает Волга?
2. Каких диких животных вы знаете?
3. Сколько будет, если 7 умножить на 8?
4. Сколько в 1 метре миллиметров?
5. Сколько в стране союзных республик? Их столицы?
6. Когда жил А. С. Пушкин? Что он написал?
7. Сколько частей света? Их названия?

Задание включает ряд вопросов, касающихся разнообразных сведений (общежитейских, географических, литературных и т. д.). Оно дает представление о запасе знаний и способности сохранения их в памяти, о начитанности и образованности обследуемого, его культурных интересах.

Приложение 3

ОБЩАЯ ПОНЯТЛИВОСТЬ

Примеры вопросов

1. Кем приходится вам брат вашей тети?
2. Что весит больше: пуд соли или пуд сена?
3. Что означают выражения:
«Чем дальше в лес, тем больше дров»;
«Не в свои сани не садись»;
«Не все то золото, что блестит».
4. В чем основное отличие трактора от насекомого гусеницы?
5. В чем главное сходство между бабочкой и курицей? Столом и стулом?
6. Почему день сменяется ночью, а лето — осенью?
7. Каковы ваши действия, если вы увидите на улице плачущего ребенка без родителей?

С помощью данного исследования устанавливается понимание сущности явлений, переносного смысла речи, выявляются способности к абстрактному мышлению, анализу, здравомыслию.

АРИФМЕТИКА

Примеры заданий

1. Из 19 рублей человек израсходовал 7 руб. 18 коп. Сколько денег у него осталось?

2. Ученик купил две тетради по 45 копеек и три тетради по 14 копеек.

Сколько денег он израсходовал?

3. Грузовой автомобиль шел со скоростью 60 километров в час, а легковой — со скоростью, большей на $^1/_3$.

Какова скорость легкового автомобиля?

Сколько километров за 1 час прошли вместе оба автомобиля?

Как видно, задание состоит из арифметических задач разной степени сложности, которые решаются в уме. Здесь в первую очередь исследуют память, способность к концентрации внимания, сообразительность и быстроту реагирования.

Приложение 5

ПОВТОРЕНИЕ ЦИФР

Испытуемому ставится задача воспроизвести ряд цифр, названных экспериментатором, сначала в прямом, а затем — в обратном порядке.

Например: 7, 3, 4, 1, 9;
23, 39, 17, 21, 32.

Задание направлено на изучение памяти, способности к концентрации внимания и его устойчивости к помехам (шумам, разговорам окружающих, собственному волнению). Воспроизведение менее 4 цифр в первом ряду и 3— во втором (в прямом порядке) считается неудовлетворительным. Число цифр, воспроизведенных в обратном порядке (при неудовлетворительном результате), соответственно равняется 3 и 2.

Приложение 6

ЗАПОМИНАНИЕ 10 СЛОВ

Дается задание запомнить максимальное количество из 10 слов, только что названных экспериментатором.

Примеры:

— конь, лето, трактор, цифра, ночь, медь, дуга, речь, склон, луна;

— слон, кресло, земля, сон, облако, дорога, следствие изморось, простота, скольжение.

С помощью данного задания также исследуются функции памяти и внимания, помехоустойчивость, эмоциональная устойчивость.

Воспроизведение менее 4 слов считается неудовлетворительным.

Приложение 7

СЛОВАРЬ

Испытуемому называются слова, содержащие в себе понятия различной степени трудности, конкретности, и предлагается пояснить, что они означают.

Пример: сторож, дорога, печаль, ткань, изречение, солидарность.


Задание направлено на исследование интеллекта, способности к суждениям, умозаключениям, анализу, обобщениям. Оно позволяет также судить о запасе знаний, общем культурном уровне.

ОЛИГОФРЕНИЯ

Редактор *Т. П. Трухина*
Технический редактор *О. И. Камышанова*
Корректор *В. М. Полуян*

Сдано в набор 12.11.86. Подписано в печать 17.3.87. Г-12683.
Формат 84×108/32. Печ. л. 1/2. Усл. печ. л. 0,84. Усл. кр.-отт. 0,95.
Уч.-изд. л. 0,74. Изд. № 14/2312. *Бесплатно*. Зак. 244.

Воениздат, 103160, Москва, К-160.
1-я типография Воениздата.
103006, Москва, К-6, проезд Скворцова-Степанова, дом 3.



Бесплатно